

ANNÉE 1909

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Décembre 1909 à 1 heure

PAR ETIENNE-PAUL TEULIÈRE

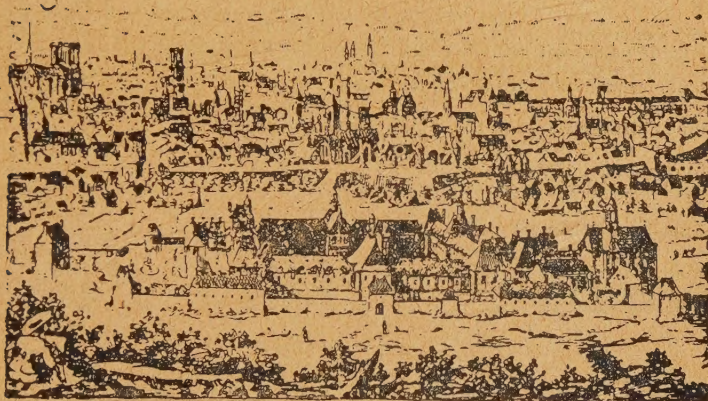
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né le 17 avril 1884 à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure)

ESSAI SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT

du Rhumatisme Blennorrhagique

VRBI ET ORBI



L'Hospital Saint Louis en 1620

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges	{	MM. ROGER, professeur.	} agrégés.
		A. JOUSSET	
		LOEPER	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

H. CHACORNAC, Editeur

9, Rue de l'Eperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	GILBERT
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.....	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladie des enfants.....	GILBERT BALLE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
	PINARD
	BAR
Clinique d'accouchement.....	RIBEMONT DES
	SAIGNES
	POZZI
Clinique gynécologique.....	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.....	A. ROBIN
Clinique thérapeutique.....	

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BALTHAZARD	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BRANCA	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BESANÇON FERN.	GOSSET	LEPER	RENON.
BRINDEAU	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL
BRUMPT	JEANSELME	MARION	SICARD
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CASTAIGNE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	
CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde reconnaissance

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

A LA MÉMOIRE DU D^r J. LEMAISTRE, DE LIMOGES

A M. LE D^r ALBARRAN (NECKER)

A M. LE D^r LE DENTU (HOTEL-DIEU)

A M. LE D^r LEPAGE, (PITIÉ-BOUCICAUT)

A M. LE D^r THIROLOIX (S^t-ANTOINE)

A M. LE D^r ALEX. RENAULT (COCHIN)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES

MÉDECIN DE L'HOPITAL S^t-LOUIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHAPITRE I

On peut définir le rhumatisme blennorrhagique l'ensemble des manifestations articulaires ou paraarticulaires, qui, au cours ou au décours d'une affection gonococcique quelconque, reconnaissent cette dernière comme cause. De toutes les affections gonococciques, l'uréthrite est sans conteste la plus fréquente et celle que l'on rencontre presque uniquement dans la pratique courante.

Les relations qui unissent l'uréthrite au rhumatisme furent entrevues dès la fin du dix-huitième siècle par Swédiaur et Selle. Hunter constate cette relation ainsi que plus tard la constatent aussi Ricord, Cullerier, Velpeau, Foucart, Grisolle, Ravet, Hervieux, Bonnet et Rollet. On arrive ainsi en 1865, époque à laquelle eut lieu, à la Société des Hôpitaux, une controverse demeurée célèbre. C'est alors en effet que Peter posa la question suivante : Y a-t-il parfois coïncidence ou corrélation entre le rhumatisme aigu et la blennorrhagie ? Gueneau de Mussy y répondit en soutenant qu'il y avait coïncidence : Ferréol, au contraire, en soutenant qu'il y avait corrélation. Les travaux de Lasègue et de Lorain, et enfin la découverte par Neisser du gono-

coque en 1879, donnèrent raison à ce dernier. En 1883, Pétrone, Poncet, Neisser trouvent du gonocoque dans des arthrites coïncidant avec des blennorhagies. Il est vrai que, vers cette même époque, Vogt, Vidal, Dieulafoy apportent des cas négatifs ; Guyon, Mauriac, Janel, rendent aussi responsables des lésions articulaires les produits solubles sécrétés par le gonocoque. Puis les cas positifs se multiplient. En 1900 enfin, M. Balzer peut écrire : « Le gonocoque de Neisser agent pathogène de la blennorragie des muqueuses est aussi l'agent pathogène de l'infection générale. » En 1904 et en 1906, MM. Lemierre et Faure-Beaulieu réunissent les cas positifs et fixent le tableau complet de la septicémie gonococcique.

Sans vouloir faire ici, d'une façon même sommaire, l'étiologie et la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique, je résume en peu de lignes les quelques remarques générales que m'ont suggérées mes observations. En effet, s'il est démontré aujourd'hui qu'il existe une étroite parenté entre certaines manifestations articulaires et l'urétrite à gonocoques, il n'en reste pas moins vrai que ces manifestations articulaires sont des complications relativement assez rares, si on les compare aux autres complications banales de l'urétrite, telles que l'orchite et la cystite ; ce qui paraît s'expliquer par des conditions d'infections différentes. Sur 45 urétrites, M. Lenoir trouve un rhumatisme. Sur 700 hommes environ malades depuis au moins un an — et que j'interrogeais spécialement à ce sujet — je n'ai trouvé que 12 cas nets de manifestations articulai-

res, soit à peu près 1 pour 61. Ma proportion est donc plus faible que celle de M. Lenoir.

Autrefois Rollet soutenait que le rhumatisme survient, dans la majorité des cas, quand l'urétrite est abondante. Pour le Pr Fournier, au contraire, la manifestation articulaire a lieu dans la plupart des cas, quand l'écoulement est moyen ou même « très faible, minime, insignifiant, ignoré ». D'après le nombre encore trop restreint de mes observations, il m'est difficile d'avoir une opinion personnelle absolue. Mais il me semble — c'est d'ailleurs l'avis de mon maître, M. le Dr Alex. Renault dont l'expérience et le savoir sont universellement reconnus — que le rhumatisme est une complication de toutes les uréthrites, à quelle période qu'elles soient de leur évolution.

Si donc la lésion initiale ne semble pas avoir une grande influence étiologique sur les manifestations rhumatismales, les causes occasionnelles et le terrain jouent un rôle important. Les traumatismes, les localisations à la cheville et au pied chez les gens qui restent longtemps debout et surtout chez les pieds plats, au poignet, chez les lessiveuses et les blanchisseuses — et chez ces dernières, le gonocoque n'a rien à envier au spirochète, si la boutade de Ricord est vraie — sont des faits bien connus. Le terrain mérite de nous retenir davantage. En effet, en fouillant le passé de nos malades, nous apprendrons que leur père ou leur mère étaient rhumatisants, avaient de l'eczéma, souffraient de la goutte. Eux, jeunes, ils ont eu fréquemment des angines, ils saignaient souvent du nez. Plus

tard, ils ont eu des migraines, du psoriasis, de l'eczéma. Ils perdent depuis longtemps leurs cheveux. Ce sont des obèses, des nerveux, des constipés. En les examinant, on remarque parfois qu'ils ont des hémorroïdes, des varices. Leur poulx est un peu dur, le deuxième bruit du cœur est retentissant. C'est ce dernier symptôme que M. le Dr Alex. Renault, a désigné avec un rare bonheur de « marque de fabrique ». En somme, tous ces symptômes sont ceux que l'on a groupés sous le nom d'arthritisme. C'est surtout chez ces sujets, ainsi que l'avait indiqué M. Alex. Renault dans un mémoire paru il y a déjà longtemps, que le rhumatisme blennorrhagique semble se développer le plus fréquemment. Il semble donc qu'il importe de soigner avec une particulière vigueur la blennorrhagie chez les arthritiques pour tâcher, autant qu'il est possible, d'éviter les manifestations articulaires chez eux.

Il semble que le rhumatisme blennorrhagique ait une prédilection pour certaines articulations. En effet, en équilibrant les données de Foucart, de Brandes, de Rollet et de Fournier, l'on obtient le tableau proportionnel suivant :

Genou (surtout le gauche d'après Forgues).....	33
Tibio-tarsienne	32
Doigts et orteils.....	23
Coxo-fémorale	16
Poignet	14
Epaule	12
Coude	11

Temporo-maxillaire	6
Articulations du pied.....	5
Sacro-iliaque	4
Sterno-claviculaire	2
Peronco-tibiale	1

En compulsant diverses observations, j'ai trouvé sur un total de 56 cas, les gaines tendineuses péri-articulaires prises 7 fois, soit $1/8$, alors que le coude n'était signalé que 5 fois. Ainsi donc les gaines tendineuses prendraient place, dans le tableau précédent, entre l'épaule et le coude, ou même entre le poignet et l'épaule. Enfin je ferai une mention toute particulière de la talalgie, très fréquente et rebelle à la plupart de nos moyens de thérapeutique.

Je n'insisterai pas sur la pathogénie du rhumatisme blénorrhagique ; pas plus que sur son anatomie pathologique dont je ne retiens que ce fait, démontré par MM. Cornil et Celos, et dont l'importance est capitale au point de vue du traitement : « L'envahissement par la synoviale du cartilage, qui se substitue à lui et prépare la tendance à l'ankylose fibreuse et osseuse ».

Je passe directement au traitement du rhumatisme blénorrhagique par les boues radio-actives. Sous les diverses formes, si bien décrites en 1869 dans les annales de Dermatologie par le P^r Fournier, d'arthralgie, d'hydarthrose, de polyarthrite suraiguë et de monarthrite aiguë, d'arthrite chronique à forme noueuse et à forme ankylosante, j'essaierai de faire ressortir l'influence de ce nouveau traitement. Il est entendu que

je ne parlerai pas de la forme suppurée qui est nettement et seulement du domaine chirurgical et qui, par conséquent, sort du cadre de cette étude.

CHAPITRE II

Depuis Selle et Swediaur bien des traitements ont été essayés pour guérir ou soulager les manifestations articulaires ou paraarticulaires de la blennorrhagie. On a essayé sans grands succès le mercure (Morel-Laval-lée), l'iodure de potassium, le salicylate de soude, le salicylate de méthyle, les bains de térébenthine, les pointes de feu, la bande de Ber, les enveloppements humides, les bains d'air chaud, de vapeurs, les bains sulfurés, les injections de liquide de Gram, les injections de nitrate d'argent... On a obtenu des succès avec quelques-uns de ces médicaments, avec quelques autres les résultats ont été médiocres, avec tous les résultats ont été inconstants. Et il fallait s'y attendre. Chaque malade réagit à sa façon au médicament. Ce qui réussit chez l'un ne réussit pas toujours chez l'autre, dans des conditions identiques. Et c'est même l'habileté du médecin de donner à chacun ce qui lui convient à la dose suffisante. Heureux les anciens, aux conceptions simples, qui, comme Coton, dans son « *de re Rustica* », voyait dans le chou la panacée universelle « *Ad omnes res salubre et cito sanum fit* » se soignait avec et mourait de mort violente aux approches de la centaine !

Aussi ne faut-il voir, dans les boues radio-actives qu'une médication du même ordre que les précédentes, parfois supérieure dans certains cas, parfois inférieure à ses aînées. En tout cas, cette dernière venue — présentée, paraît-il, dans un passage de l'Achidoxe Magique de Paracelse — est intéressante à plus d'un titre, bien qu'elle ne soit encore qu'incomplètement connue soit comme nature et mode d'action, soit comme effets.

La boue radio-active est extraite, par divers procédés, de minerais non silicieux d'urane de différents provenances. Elle a une consistance molle — telle l'argile à modeler — et forme une pâte humide et grasse, d'une coloration rouge brun qui rappelle celle de la terre à briques. Cette coloration est due aux sels de fer qu'elle contient.

En effet, d'après les analyses de MM. Urbain et Feige, les boues radio-actives contiennent une grande quantité de fer — sous forme d'oxyde et sous forme de combinaison avec l'acide phosphorique. Elles contiennent aussi une forte proportion d'alumine et des traces sensibles d'oxyde d'urane, d'oxyde de manganèse, de carbonate de chaux, de carbonate et de sulfate de soude, d'argile. Enfin, on y trouve des traces infinitésimales de radium, de pollonium — dans les boues fraîches, ce corps se désagrègeant très rapidement — et surtout d'actinium. C'est à ce dernier corps qu'elles doivent entièrement sans doute leur activité en pratique. Ce sont des boues actinifères.

Comme le radium, l'actinium et sa famille, décou-

verts par M. Debierne et étudiés par lui, par MM. Curie, Becquerel et Ramsay, émet des radiations α , β , γ , et, comme ultime produit de désintégration, de l'émanation. Mais la très grande majorité de ses radiations est constituée par la variété α . Quant à la variété β — très peu importante il est vrai — les radiations qui la composent sont homogènes, contrairement aux radiations β du radium qui se divisent en dures, intermédiaires et molles. Il est vrai, ai-je hâte d'ajouter, que l'identité des rayons radifères et actinifères n'est pas encore démontrée d'une façon satisfaisante. La difficulté de cette démonstration tient surtout à la difficulté qu'il y a d'avoir de l'actinium pur.

L'actinium est le corps radioactif le plus puissant connu. En effet, il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant qui donne le rapport des activités :

Actinium	20 000 000
Radium	2 000 000
Uranium	1
Boues extraactives.....	0,15
Boues naturelles radioactives	0,003 et au-dessous

On voit ainsi que les boues radioactives sont environ cinquante fois plus puissantes que les boues naturelles les plus actives et qu'elles contiennent le $\frac{1}{30\,000\,000}$ de leur poids d'actinium.

Ici se présente une objection. Les boues thermales, me dira-t-on, ne réalisent-elles pas depuis longtemps l'action des boues extractives ? Bien que la question de la radioactivité des boues et des eaux thermales soit

encore très obscure, une première différence sépare ces deux ordres de boues : c'est celle qui ressort du précédent tableau, leur différence d'activité.

De plus, les boues extractives contiennent dans leur propre substance des molécules d'actinium et par suite, conservent indéfiniment, au point de vue pratique, un même coefficient d'activité. Au contraire, les boues naturelles, presque toujours, tirent leur radio-activité non d'elles-mêmes, mais de la source d'où elles proviennent. Elles renferment seulement de l'émanation, émanation qui s'irradie dans l'espace en appauvrissant la boue de plus en plus, suivant une courbe décroissante déterminée, jusqu'à ce que le potentiel d'activité de cette boue touche à la limite, à zéro. Tel le morceau de fer rouge, qui, éloigné du feu de la forge, se refroidit peu à peu. La boue est alors morte.

Il est vrai, comme l'a montré en 1908, M. Fabre au congrès de Clermont-Ferrand que l'on peut prolonger cette vie, en ajoutant à la boue naturelle la quantité de sel de radium équivalente à l'émanation qui se dissipera. Mais c'est revenir indirectement à une « boue artificielle » qui nous rapproche singulièrement de « la boue extractive. » « Ainsi, comme le dit M. le Dr O. Claude, la boue actinifère se rapproche des boues thermales par sa forme physique, par l'utilisation de l'émanation ; elle en diffère par la dose d'activité plus forte, quoique toujours faible, par le rôle prépondérant de la radioactivité et surtout par la constance de la radioactivité, due à la présence dans la boue du

corps actif lui-même, émettant sans cesse rayons et émanation ».

La principale caractéristique de la boue radio-active est donc l'actinium qui est en elle. Une nouvelle objection vient alors à l'esprit. Ne serait-il pas plus simple d'employer le radium ou l'actinium eux-mêmes ? D'abord, bien que l'identité d'action de l'actinium et du radium ne soit pas encore établie, nous serions réduits à employer uniquement les appareils à radium, l'actinium ne s'obtenant que très difficilement. Si l'on passe outre, et si, considérant comme identiques les radiations des deux corps, on se sert de radium, une première difficulté apparaît. Avec son activité de 0,15, due aux rayons α principalement, c'est sans danger et avec facilité que la boue peut être employée. Or, indépendamment de la difficulté qu'on éprouve à se procurer un appareil à sel radifère, où on conservera dans cet appareil les radiations α du radium, ou on les supprimera. Si on conserve les radiations α , on n'a à sa disposition que des appareils d'intensité très forte 100 000, 500 000.... Par suite, ces appareils ne peuvent être appliqués sans danger que pendant très peu de temps et sur une surface très limitée. Et nous nous trouvons dans des conditions d'opération diamétralement opposées à celles des boues. Si, au contraire, nous supprimons par un filtrage les rayons α , l'appareil est moins puissant sans doute, mais son intensité est encore trop grande pour une application large et longue. D'autre part, les rayons α étant supprimés, nous nous trouvons dans un cas tout différent de celui des boues.

En outre, les boues placées sans écran sur la partie à traiter, la baignent en plus de leur émanation, surtout si on les maintient dans un constant état d'humidité. Avec les appareils, plus d'émanation : cette bienfaisante et précieuse poussière d'éther est supprimée par l'enveloppe même de l'appareil, si simple soit-elle.

Ainsi donc, au point de vue pratique, il est actuellement impossible de remplacer les boues extractives par un appareil quelconque à sel radifère : les boues ont leur personnalité propre. Le traitement par le radium de MM. Dominci et Gy est donc autre chose.

En résumé, les boues extractives constituent un appareil bon marché et simple, d'activité radio-active constante, d'intensité très douce, d'action complexe et lente et pouvant être utilisé très facilement tant au point de vue de la commodité d'emploi et de la conservation que de l'inocuité.

C'est cette boue qu'on a employé. Bien avant moi, mon maître, M. Alex. Renault, a été le premier à l'utiliser. En même temps, M. le Dr Octave Claude, chef de clinique, adjoint de M. Gaucher, a suivi la voie ouverte et a fait un nombre assez considérable d'observations. Enfin, sur les indications de M. Renault, j'ai appliqué moi-même, à un certain nombre de malades, le même traitement. Aussi, les observations qui vont suivre ne comprennent-elles pas tous les cas observés. J'ai choisi celles qui m'ont paru les plus intéressantes et les plus instructives, surtout en ce qui concerne les cas négatifs, car, est-il besoin de l'ajouter ? les cas négatifs n'ont pas manqué. Elles comprennent à peu

près toutes les variétés médicales du rhumatisme blennorrhagique ,depuis la simple arthralgie jusqu'à la forme ankylosante. -

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I.

(Observation de MM. Rostaine et Lasnier)

Jeanne P..., 20 ans. Lariboisière. Salle Bernutz. n° 36.

Il y a un mois environ, l'articulation tibio-tarsienne gauche, devient, au cours de pertes gonococciques, rouge, chaude, tuméfiée, avec un aspect pseudo phlegmoneux ; elle est si douloureuse que l'on doit recourir à la morphine. Après un repos absolu et après l'application d'un liniment calmant, la poussée inflammatoire et douloureuse semble céder. Le repos dure quinze jours. Mais la région reste grosse et présente un empâtement dur, plastique ; la mobilité est nulle. Quinze jours plus tard, les progrès sont infimes. Alors, une seule application de boues de sept heures, produit une grande transformation : la région peri-articulaire est souple et molle. Après quatre applications identiques, l'articulation a recouvré presque complètement son volume et sa mobilité normales.

OBSERVATION II.

(Observation de MM. Rostaing et Lasnier)

Yvonne G., 22 ans, Lariboisière. Salle Bernutz, n° 34.

Hydarthrose du genou gauche et gonflement du cul-de-sac sous triéipital, simulant une tumeur blanche hydarthrosante avec tension, énorme et douloureuse. Rebelle aux traitements antérieurs quels qu'ils fussent. La malade a des pertes jaunes verdâtres abondantes. Après trois applications directes et successives de sept heures, disparition presque totale de l'épanchement, souplesse et indolence.

OBSERVATION III.

(Observation due à l'amabilité de M. Octave Claude, chef de clinique, adjoint du P^r Gaucher, à Saint-Louis)

D., journalier, 24 ans.

Entre à Saint-Louis, dans le service du P^r Gaucher, le 30 octobre 1909. Dans sa jeunesse a saigné fréquemment du nez ; depuis a eu assez souvent des migraines.

Depuis 1 mois et demi a une première blennorrhagie. L'écoulement persiste assez abondant, avec gonocoques. On note un peu de balanite. Le malade entre pour une arthrite du genou droit. Ce genou présente de l'empâtement et un œdème rouge et chaud. La circonférence est de 43cm au milieu de la rotule, contre 38 que présente l'autre genou. Impotence fonctionnelle absolue. La jambe est en demie flexion. Le début date de cinq jours.

On note aussi de l'arthralgie de l'articulation tibio-tar-

sienne gauche et une métatarsalgie du même côté, le tout datant de quinze jours.

Traitement. — Boues à demeure avec imperméable et lavages de l'urèthre au permanganate de potasse.

6 novembre 1909. — Après trois applications de boues, le genou droit ne mesure plus que 39^{cm} de tour. La douleur a totalement disparu ; l'extension est complète ; la flexion est encore un peu limitée. Le malade marche bien.

L'arthralgie tibio-tarsienne gauche a disparu ; seule persiste encore légèrement, la métatarsalgie gauche. On continue les boues.

12 novembre. — Le genou ne mesure plus que 38 centimètres, il est complètement guéri. La métatarsalgie a presque complètement cédé, ainsi que le genou, à quinze applications de boues.

OBSERVATIONS IV.

(*Observation du Dr Octave Claude*)

D. Jeanne. Fleuriste en papier, 42 ans.

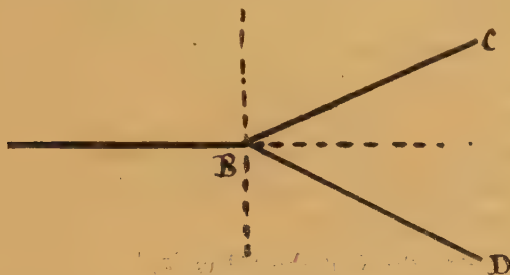
Jeune fille, avait souvent des migraines ; jamais de maladies. Depuis 5 ans, pertes blanc-jaunâtes. Elle a déjà été soignée par des injections de permanganate de potasse.

Depuis le début de novembre, arthrite sans fièvre d'abord du bras, puis des mains et des pieds. Les articulations sont *augmentées* de volume, douloureuses, peu mobiles.

Elle a été traitée sans grands résultats par l'aspirine et les bains de térébenthine.

Actuellement (17 octobre 1909), les mouvements spontanés ou aidés du poignet, sont limités, soit en flexion, soit

en extension, suivant les lignes A B C et A B D. (Ce mode de représentation est dû à M. Octave Claude).



Les articulations métacarpo-phalangiennes sont normales. Les articulations des phalanges entre elles, sont prises : l'extrémité des doigts, dans le maximum de flexion possible, reste encore à 3cm du talon de la main.

Tour du poignet pris au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus. Poignet droit 15cm 1/2 ; Poignet gauche 14cm 1/2. Pas de douleurs à la pression. Douleurs aux mouvements. Déformation légère des doigts en radis, surtout le médius.

Les pieds sont engourdis le matin au réveil et ne présentent pas de déformations. Rien à la radiographie.

— L'état général est bon. Elle a eu trois enfants, dont un est mort à dix ans de coxalgie. Le mari a eu, il y a un an, une blennorrhagie.

Traitement. — Injections vaginales au sulfate de cuivre. Boues actinifères avec imperméable en permanence.

22 octobre 1909. — A cause de ses règles, la malade n'a pas pris d'injections. Elle en est à son 3^e pansement de boues.

La tuméfaction du poignet est diminuée. La circonférence est de 15cm. Les mouvements sont peu modifiés, sauf la flexion qui a légèrement augmenté.

10 novembre 1909. — L'amélioration est remarquable. Le gonflement a totalement disparu ; les mouvements sont presque normaux, quoique le poignet ait fait moins de progrès que les doigts.

OBSERVATION V

(Observation de M. le Dr Octave Claude)

N. Eugène, 24 ans, menuisier.

Le 10 août 1905, 1^{re} blennorrhagie. Après trois mois de traitement, elle parut guérie.

En juin 1909, 2^e blennorrhagie. Traitée à Cochon-Annexe. Guérit. Reste une goutte le matin.

Le 10 août 1909, le poignet droit et le genou droits sont douloureux. Au bout de trois jours *plus rien*.

Le 14 août 1909, le coude gauche *se prend*. Il est rouge, luisant, empâté, douloureux à la pression et augmente de volume.

Mouvements. — Le coude est plié à angle droit. Le mouvement de flexion est limité un peu au-dessus de l'angle droit ; l'extension est incomplète. ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les schémas ci-contre.



Le malade s'est traité par le salicylate de soude à l'intérieur et le salicylate de méthyle à l'extérieur, sans résultat.

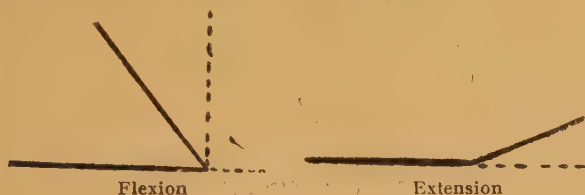
Traitement. — Application de boues avec imperméable. Lavages uréthraux au permanganate de potasse.

17 août 1909. — La douleur diurne a disparu. La flexion et l'extension, ont légèrement gagné.

Le poignet gauche est encore un peu douloureux. Application de boues.

21 août 1909. — Les douleurs nocturnes persistent dans le coude et le poignet. Les mouvements s'améliorent toujours très légèrement. Mais au coude, un peu d'érythème ayant apparu, on cesse les boues. L'érythème ayant disparu le 23 août, on continue alors le traitement.

2 septembre 1909. — Les douleurs disparaissent complètement. Les mouvements sont presque normaux et sont devenus faciles. Le malade peut travailler. Mais à ce mo-



ment, un peu de radiodermite apparaissant au coude, on cesse de nouveau les boues et on applique la pâte du Pr Gaucher. Après 2 jours de repos, la radiodermite étant guérie, on reprend les boues.

Il reste encore une goutte matinale et des filaments dans l'urine. Il n'y a pas de gonocoques. On continue les lavages au permanganate.

11 novembre. — Le malade est revu. Il est parfaitement guéri.

OBSERVATION VI

(Observation du Dr Octave Claude)

B. Louis, 31 ans, garçon de café.

Il y a 7 ans, il a fait, au déclin d'une deuxième blennorrhagie, une arthrite très douloureuse de plusieurs articulations.

Deux ans après, à la suite d'une troisième blennorrhagie, nouvelle poussée articulaire, prédominant aux articulations tibio-tarsiennes et du genou ; talalgie en plus. Tout cela met fort longtemps à aller mieux et à guérir.

En 1908, à la suite d'une quatrième blennorrhagie, gonflement et douleurs aux articulations radio-carpiennes droite, cubitale droite, tibio-tarsienne gauche et droite. Cela met encore très longtemps à guérir.

Le 10 août 1909, le malade revient à l'hôpital. A la suite d'une cinquième blennorrhagie, il présente une arthrite des articulations tibio et médio-tarsienne droite et gauche. On ne trouve pas d'hydarthrose. Les douleurs sont vives surtout le matin, ou après que *le malade est resté immobile*, vive aussi à la pression et aux mouvements, soit provoqués, soit spontanés.

Traitement. — Application de boues avec imperméable en permanence.

Le 17 août. — Le malade se sent très soulagé.

Le 21 août. — Diminution graduelle de la douleur, qui persiste cependant au toucher, à la partie interne de l'articulation médio-tarsienne. La douleur du matin, aux premiers pas, a diminué. La marche est facile.

Le 24 août. — L'amélioration continue et le malade sort guéri le 11 septembre 1909.

OBSERVATION VII

(*Observation du Dr Octave Claude*)

N. Eugène, 24 ans, menuisier.

En 1905 première blennorrhagie. Au bout de deux mois cette blennorrhagie paraît guérie.

En juin 1909, nouvelle blennorrhagie traitée à Cochin.

Plus découlement. Cependant le matin, les lèyres du méat sont collées.

En août 1909, le genou et le poignet droits sont douloureux trois ou quatre jours. Puis tout rentre dans l'ordre.

Le 14 août 1909, le malade vient à l'hôpital. Le coude gauche est augmenté de volume, rouge, douloureux, empâté. La flexion et l'extension sont très limitées. Le malade s'est traité au salicylate de soude et au salicylate de méthyle, sans résultats.

15 août 1909. — Boues en permanence avec imperméable.

17 août 1909. — Les douleurs diurnes sont calmées. L'extension et la flexion gagnent légèrement. L'empatement a disparu.

De plus le malade se plaint de nouveau de ressentir des douleurs dans le poignet droit. Application de boues au coude et au poignet.

On donne, en outre, les lavages uréthraux au permanganate de potasse.

21 août. — Les douleurs nocturnes seules persistent. L'état, par ailleurs, est stationnaire. Mais au coude un peu d'erythème apparaît. On y met de la pâte de zinc. Après deux jours, l'erythème disparaît et on reprend les boues.

2 septembre 1909. — Les douleurs ont totalement disparu. L'extension est presque complète ainsi que la flexion. Le malade peut travailler. On remplace les boues par de la pâte de zinc au coude à la suite d'une nouvelle apparition d'erythème.

On continue les lavages uréthraux.

11 novembre 1909. — On revoit le malade. La guérison persiste. Le bras est dans un état parfait.

OBSERVATION VIII

(*Observation de M. le Dr Fabre*)

Mme F..., 53 ans, marchande ambulante.

Cette malade a un écoulement vulvaire de nature gonococcique. Elle présente au genou droit un gonflement énorme. Il y a de l'œdème et de l'hydarthrose. La marche est douloureuse. Les mouvements et la pression le sont aussi. Cet état dure depuis quelques temps. Elle a été traitée par les bains de térébenthine et les pointes de feu sans succès.

On lui ordonne des séries d'applications de boues, pendant la nuit seulement, de 15 applications par série avec un repos de quinze jours entre chaque série.

Après trois mois de traitement, Mme F... est complètement guérie et marche sans difficulté.

OBSERVATION IX

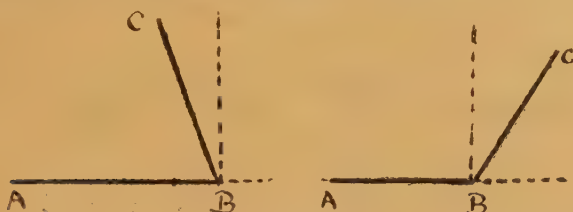
(*Due au Dr Octave Claude*)

F, Paul, charretier, 21 ans.

Le malade rentre à l'hôpital pour une blennorrhagie subaiguë datant de quatre mois. L'écoulement urétral est purulent le matin, avec gonocoques, et louche le reste de la journée. En plus, il y a une orchite gauche : le testicule est gros et légèrement douloureux. Huit jours après le début de l'urétrite, le malade sent des douleurs dans le genou droit et le coude gauche. Mais depuis quelques jours ces articulations se sont légèrement tuméfiées. Elles sont rouges et douloureuses. On les radiographie en flexion et en extension : on n'y trouve rien.

Le coude gauche, à angle droit, mesure 27cm. En plus, les veines sont saillantes et il présente de l'œdème à la partie interne.

Les mouvements d'extension et de flexion sont limités dans les proportions des schémas ci-joints :



Le genou droit est légèrement rouge et peu douloureux aujourd'hui. La hanche droite a des mouvements normaux ; mais elle est douloureuse à la marche et à la pression.

Traitement. — On met à demeure des boues à la hanche droite et au coude gauche, le 21 septembre 1909. Lavages uréthraux de permanganate

Le 23 septembre, les douleurs sont amoindries. Elles persistent cependant un peu la nuit. L'œdème a disparu au coude et la flexion et l'extension sont légèrement meilleures. La circonférence est de 25 cm 1/2.

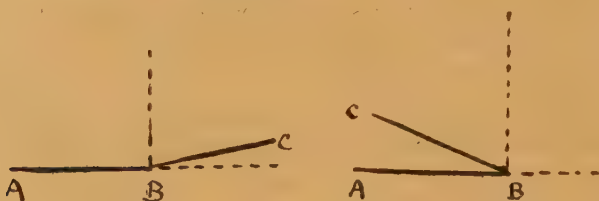
Le genou droit mesure 31 cm 1/2 aujourd'hui. Il est douloureux à la marche et à la pression ; la flexion est légèrement limitée. Continuation des boues, le genou droit y compris.

Le 30 septembre. — Les mouvements du coude progressent. La hanche est presque indolore ; le genou est seulement douloureux à la flexion forcée. Un peu de radiodermite au coude qui fait que, pendant deux jours, on remplace les boues par de la pâte du Pr Gaucher. On reprend un jour les boues. Puis la radiodermite apparaît de nouveau et dure jusqu'au 18 octobre.

18 octobre. — Le coude a l'air d'être repris. Les mouve-

ments sont de nouveau limités ; le malade y ressent des douleurs la nuit. On reprend les boues.

12 novembre. — Coude gauche.



Extension et flexion presque complètes. La hanche est guérie. Au genou ne persiste qu'une légère douleur.

OBSERVATION X

(Observation du D^r Octave Claude)

R. Charles, 18 ans, cuisinier.

Le malade a une blennorrhagie depuis un mois. L'écoulement est purulent encore et contient de nombreux gonocoques intra et extracellulaires.

Depuis trois semaines, il a des douleurs articulaires dans le coude et le genou gauches et dans les deux tibio-tarsiennes.

Actuellement, les douleurs sont surtout localisées au genou gauche, qui est très tuméfié, rouge, chaud et douloureux à la pression et aux mouvements. Liquide dans l'articulation. On ne constate aucune tendance à l'ankylose. L'articulation tibio-tarsienne du même côté est un peu tuméfiée ; on provoque de vives douleurs à la pression à la partie interne de l'article.

Applications de boues au genou et à la cheville gauches, le 14 septembre 1909.

Puis on a

14 septembre. — Circonférence du genou gauche, 37cm ; circonférence de la cheville gauche, 30cm.

15 septembre. — Circonférence du genou gauche, 33cm ; circonférence du genou droit, 34cm ; circonférence de la cheville gauche, 27cm ; circonférence de la cheville droite, 29cm.

16 septembre. — Circonférence du genou gauche, 33cm ; circonférence du genou droit, 34 1/2cm ; circonférence de la cheville gauche, 27cm ; circonférence de la cheville droite, 28cm.

21 septembre. — Circonférence du genou gauche, 33cm ; circonférence du genou droit, 33cm ; circonférence de la cheville gauche, 27cm ; circonférence de la cheville droite, 27cm.

23 septembre. — Circonférence du genou gauche, 34cm ; circonférence du genou droit, 33cm ; circonférence de la cheville gauche, 27cm ; circonférence de la cheville droite, 27cm.

25 septembre. — Circonférence du genou gauche 33cm.

Le 22 septembre. — Le genou gauche est de nouveau douloureux, alors que les autres articulations sont guéries. Comme ce genou présente un peu d'érythème, on cesse les boues qu'on remplace par de la pâte du Pr Gaucher.

Le 23 septembre. — Circonférence du genou gauche 34cm. La flexion est limitée. La marche est difficile. Il n'y a pas de liquide dans l'articulation. La radiodermite est guérie.

Le poignet gauche présente depuis le matin des douleurs à la pression et aux mouvements, qui limitent la flexion et l'extension.

Traitement. — Boues au poignet et au genou gauches.

Le 25 septembre. — Le genou présente un peu de radiodermite. Il est complètement guéri. On y met de la pâte du Pr Gaucher.

30 septembre. — Le poignet gauche ne présente plus

qu'une très légère douleur aux mouvements. L'écoulement, à gonocoques encore, est très réduit.

18 octobre. — Guérison complète.

OBSERVATION XI

(*Observation du Dr Fabre*)

E., 50 ans, rentière.

Ménopause depuis quatre ans. Réglée à 14 ans. Pas de maladies depuis l'enfance. Mariée à 23 ans. Plusieurs fausses couches. Pertes blanches abondantes à gonocoques.

À 30 ans, douleurs et gonflement de quelques articulations avec fièvre. Actuellement surtout, douleurs et gonflement du poignet et du coude droits.

Traitement. — 21 jours d'enveloppement d'une grande partie du corps et des articulations douloureuses pendant une demi-heure à une heure, suivi d'un bain à 35°. Les premiers bains la fatiguent beaucoup et lui causent une abondante transpiration.

Un mois après, nouvelle série de 20 enveloppements et bains. Les mouvements des articulations sont plus faciles ; l'état général va mieux.

Un mois après nouvelle série de 20 enveloppements et bains. A la suite de cela la malade est guérie.

OBSERVATION XII

(Observation communiquée par M. le Dr Alex. Renault,
médecin des hôpitaux de Paris)

M. Joseph, sommelier, 28 ans.

Son père est mort tuberculeux et sa mère d'un cancer. De plus, une de ses sœurs est morte tuberculeuse à 11 ans.

Le malade a eu vers 7 ou 8 ans, un écoulement d'oreilles ; plus tard il a eu des angines fréquentes ; de 10 à 18 ans, il a eu de fréquentes migraines.

A 4 ou 5 ans, il a eu un ictère.

Actuellement il a des varices aux jambes et un léger retentissement du deuxième bruit au cœur.

En janvier 1902, le malade a eu une première blennorrhagie.

Cette blennorrhagie, allant tantôt mieux, tantôt plus mal, ne guérit jamais bien. Il se traite par des tisanes et, pendant trois ou quatre mois, par des lavages de permanganate.

En septembre 1907, il présente un chancre syphilitique et des accidents secondaires. Il prend pendant deux mois, des pilules de protoiodure de mercure. Puis il se livre à des excès de boissons ; a des cauchemars la nuit et des crampes dans les mollets en s'endormant. Ses mains tremblent.

En 1909, le 20 mai, à la suite de fatigues, apparaît un rhumatisme localisé aux gaines des péroniers du pied gauche. Les douleurs entravent son sommeil et sont vives à la pression et à la marche. On constate une légère enflure rouge au-dessous de la cheville.

Le 26 mai, on examine son canal. Pas de rétrécissement. Dans l'urine il n'y a pas de filaments lourds. Mais le ca-

nal a de l'humidité. On applique sur la partie douloureuse, de la boue radioactive.

Le 28 mai, la rougeur, le gonflement, les douleurs spontanées et provoquées ont disparu. On prescrit deux pillules de protoiodure, par jour, à prendre pour le mois de juin et on donne des lavages. A l'examen du suintement incolore au microscope, on constate une grande quantité de cellules épithéliales, des polynucléaires peu nombreux ; quelques filaments de mucus ; d'innombrables microbes en bâton et en cocci.

Le 29 mai, après deux applications de boue le malade sort guéri.

OBSERVATION XIII

(Observation due à M. le Dr Alex. Renault)

R. René, tourneur, 21 ans.

Sa mère est morte tuberculeuse. Son père vit, bien portant.

Dans son enfance, il a eu des douleurs articulaires — attribuées à la croissance par un médecin ; — dans la seconde enfance, de fréquents saignements de nez.

On constate un léger retentissement du deuxième bruit du cœur.

Fin avril 1909, le malade contracte une première blennorrhagie.

Fin mai 1909, apparaît un rhumatisme localisé aux pieds droit et gauche. Au pied droit les douleurs occupent le tendon d'Achille, les gaines tendineuses du jambier postérieur et des péroniers, le talon ; au pied gauche le talon seulement. Ces douleurs se manifestent surtout à l'occasion des mouvements et persistent jusqu'au 10 juillet 1909

où l'on commence à appliquer les boues. Applications pendant 19 heures, chaque fois et chaque jour.

On donne des lavages de permanganate de potasse.

16 juillet. — Atténuation notable des douleurs à la marche. Absence au repos.

23 juillet. — Le malade sort sur sa demande, après 5 applications de boues, avec une sérieuse diminution de la douleur à la marche.

OBSERVATION XIV

(Due à M. le Dr Alex. Renault)

H. Adrien, garçon d'hôtel, 24 ans.

Sa mère, rhumatisante, est morte depuis un mois.

Une de ses sœurs est rhumatisante.

De 12 à 14 ans, il saigne fréquemment du nez.

Pas de douleurs rhumatismales avant la blennorrhagie.

Au mois d'août 1900, première blennorrhagie contractée avec une inconnue. Cette blennorrhagie ne guérit jamais.

Au régiment recrudescence et ophthalmie.

Pas de rétrécissement. On le traite par des lavages de permanganate de potasse.

En novembre 1908, le malade ressent des douleurs dans les pieds. Il rentre à l'hôpital et en sort le 3 janvier 1909, amélioré, mais non guéri. Son écoulement a été traité par l'opiat ; ses douleurs par des pointes de feu et des bains de térébenthine.

Le 2 avril 1909, le malade entre de nouveau à l'hôpital pour une recrudescence de son écoulement et de ses douleurs.

On constate, au pied gauche, de chaque côté des malléo-

les, des douleurs au niveau des gaines tendineuses, des douleurs au talon et au niveau de la tête du 5^e métatarsien. Au pied droit, le talon, l'avant-pied et la gaine de l'extenseur du 4^e orteil, sont douloureux.

Traitement. — On applique, une fois par jour, sur les parties douloureuses du pied droit de la boue radioactive.

Pour le pied gauche on donne des bains térébenthinés quotidiens.

On commence le traitement le 24 avril.

3 mai. — Résultat de 9 applications de boues pendant la nuit : La douleur a disparu le long de la gaine du 4^e orteil et du talon ; presque disparue à l'avant pied.

Résultat de 9 bains de térébenthine. — Etat stationnaire.

Prescription. — Application nocturne de boues des deux côtés.

10 mai. — Résultat de 7 nouvelles applications de boues :

Disparition quasi-complète de la douleur aux deux pieds ; seul le pied gauche qui n'a eu que 7 applications de boues, présente une sensibilité un peu plus grande.

Persistance d'une goutte matinale, sans genocoques. On donne deux lavages au nitrate d'argent à 0,20 et 0,25 centigrammes.

15 mai. — Le malade marche facilement ; la disparition de la douleur est quasi complète aux deux pieds. Il présente encore une goutte matinale.

OBSERVATION XV

(Due à M. le Dr Alex. Renault)

D. Eugène, caoutchoutier, 21 ans.

Ce malade a eu la rougeole autrefois.

Vers 16 ans — et encore — le malade saignait fréquemment du nez.

On constate un retentissement du deuxième bruit cardiaque.

Le 11 avril 1909, première blennorrhagie.

Le 3 mai, hydarthrose du genou gauche.

Le 7 mai, douleurs aux mouvements dans l'articulation sterno-claviculaire gauche. Depuis 13 jours, conjonctivité légère double.

Le 11 mai, traitement : Teinture d'iode et compression au niveau du genou. Application de boues au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

Le 19 mai. — Disparition complète de la douleur, à l'articulation sterno-claviculaire ; disparition presque complète de l'hydarthrose.

On donne de l'opiat contre la blennorrhagie.

Le 26 mai. — Guérison complète de l'articulation sterno-claviculaire ; guérison de l'hydarthrose.

On continue le traitement de la blennorrhagie par l'opiat.

Le 29 mai, le malade sort guéri de ses douleurs, ne conservant que sa blennorrhagie.

OBSERVATION XVI

(Due à M. le Dr Alex. Renault)

Chr. Paul, infirmier, 24 ans.

Son père était rhumatisant.

De 9 à 16 ans, il saigne fréquemment du nez.

A 9 ans, il a la rougeole.

Actuellement, il a des hémorrhoides. On constate, à la base du cœur, du retentissement au deuxième bruit.

En 1906, 1907 et 1908, au Tonkin, il contracte les fièvres paludéennes. Encore, de temps à autres, il a des accès.

A 20 ans, 1^{re} blennorrhagie. Cette blennorrhagie ne guérit jamais bien, et une goutte persiste le matin.

A l'occasion de cette blennorrhagie, rhumatisme occupant les chevilles et le dessous des pieds. Cete atteinte, très aiguë, débute en juillet 1905 et met 9 mois à guérir.

En 1907, au mois d'octobre, deuxième écoulement qui dure trois mois.

Une nouvelle poussée de rhumatisme apparaît, occupant le tendon d'Achille, et dure six mois.

En 1909, fin avril, troisième écoulement qui persiste encore, le 2 juillet. Au commencement de mai, nouvelle poussée rhumatismale. On donne au malade de l'aspirine et des frictions avec de l'essence de térébenthine, ce qui l'améliore. On donne aussi des bains de vapeur et des pointes de feu.

Le 4 mai le malade entre chez M. Queyrat qui le traite par de l'aspirine et des pointes de feu. Soulagé, le malade sort le 6 juin.

Le 2 juillet, le malade rentre dans le service du Dr Renault.

L'écoulement purulent est assez abondant.

Le genou gauche présente de l'arthrite ; il est un peu gonflé, et douloureux aux mouvements et aux changements de température.

En même temps, on constate, à la pression et à la marche, de la douleur au talon gauche.

Traitement. — Application de boues radioactives au talon et au genou.

Le 7 juillet, après 4 applications de boues, atténuation très notable de la douleur à la marche : en somme, une sensible amélioration.

On substitue alors aux boues, des bains de térébenthine au talon, des pointes de feu au genou.

Le 16 juillet. — Etat stationnaire du talon.

Atténuation de la douleur au genou gauche.

Il n'y a pas de rétrécissement. On donne 3 gr. 60 de santal par jour.

On reprend les boues pour le talon.

23 juillet. — Atténuation de la douleur au talon, très marquée, surtout pendant la marche. Le genou, qui d'abord se trouvait bien des pointes de feu, redevient douloureux. On applique alors des boues sur le genou.

Le santal a diminué très notablement l'écoulement.

30 juillet. — Disparition complète de la douleur au talon et au genou. On a supprimé, le 28 juillet, les boues. Cependant, le temps change du 28 au 29 et le malade ressent une légère douleur sans suites, dans le talon, douleur qu'il attribue au changement de température.

Disparition complète de l'écoulement.

Traitement. — Applications permanentes de boues au talon.

2 août. — Le malade marche facilement et sans douleurs. Il sort de l'hôpital.

OBSERVATION XVII

(*Observation de MM. Rostaine et Lasnier*)

Mme D., 20 ans, Lariboisière, salle Bernutz, n° 5.

Arthrite tibiotarsienne gauche évoluant depuis un mois, malgré tous les traitements vers la plasticité. Dès la première application de boues, détente de la douleur, diminution très nette du volume du coup de pied, mobilité très augmentée.

OBSERVATION XVIII

*(Observation de MM. Claude et Pinard, dans le service
du Dr Launois)*

Malade atteinte d'arthropathie gonococcique suraiguë du genou droit évoluant vers la plasticité, depuis plusieurs semaines, malgré toute tentative thérapeutique. Vives douleurs. Mobilité à peu près supprimée. Dès la première application (huit heures), les mouvements spontanés du genou sont possibles sans aucune douleur et l'articulation a diminué de volume. Actuellement la guérison paraît se poursuivre.

OBSERVATION XIX

(Due à M. Boberi, service de M. Boissard)

Une femme âgée de 23 ans, entre dans le service pour accoucher.

Elle a des pertes abondantes blanc-verdâtres, gonococques.

En même temps rhumatisme du poignet gauche, avec tendance à l'ankylose. La malade ne peut plier la main.

Après dix applications de boues radio-actives, les mouvements sont presque normaux. La malade ayant accouché et étant à peu près guérie de son atteinte rhumatismale sort de l'hôpital.

Observations négatives

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Dr A. Renault)

SUPÉRIORITÉ DES BAINS TÉRÉBENTHINÉS ET DES POINTES DE FEU
SUR LES BOUES

J. Adrien, boulanger, 28 ans.

On ne trouve rien dans ses antécédents soit héréditaires, soit personnels.

En 1897. — Première blennorrhagie, qui dure six mois et guérit ensuite.

En 1902. — Deuxième blennorrhagie. Met deux mois à guérir. A cette occasion 1^{re} atteinte de rhumatisme à l'articulation tibio-farsienne gauche. Guérison en un mois par les pointes de feu.

En 1904, troisième blennorrhagie. Bien-guérie après un mois de traitement. 5 jours après le début de l'écoulement, nouvelle atteinte de rhumatisme aux talons, à la hanche droite, à la région lombaire, aux deux mains.

On le guérit par le repos, les pointes de feu, les bains de térébenthine : des deux derniers procédés pour les talons seulement.

En tout 4 mois.

De 1905 à 1908, douleurs tantôt dans un talon, tantôt dans l'autre.

En 1908, le malade rentre à la Pitié pour des douleurs

dans les 2 talons et aux 2 tendons d'Achille. On donne, sans grands résultats des bains sulfureux.

En 1909, le 23 février, le malade entre à Ricord, dans le service du Dr Alex. Renault. Il présente des douleurs dans les deux talons et à la face postérieure des deux calcaneums.

On met, à droite de la boue radio-active ; à gauche on donne des bains de térébenthine. On est le 24 avril.

Le 3 mai, l'état est stationnaire pour le pied droit qui a les boues ; le pied gauche paraît amélioré, soit comme intensité, soit comme étendue de la douleur.

La blennorrhagie est complètement guérie. On continue le même traitement.

Le 10 mai. — L'état, est, en somme, stationnaire pour les deux pieds.

On continue la boue pour le pied droit ; pour le pied gauche on remplace les bains térébenthinés par les pointes de feu.

Le 17 mai. — Pied droit. Amélioration peu marquée. Le malade, qui avant le traitement, ne pouvait appliquer le talon à terre, pendant la marche — il n'a jamais souffert au repos — peut, maintenant l'appliquer ; mais après quelques minutes, il doit marcher, à cause des douleurs, uniquement sur l'avant-pied.

Pied gauche. — Ce pied est beaucoup mieux que l'autre. Le malade peut marcher sur le talon beaucoup plus longtemps sans douleurs.

Le 24 mai, on applique les pointes de feu sur les deux talons.

Le 26 mai. — Le malade est notablement soulagé. Il sort alors.

OBSERVATION II.

(Observation due à l'obligeance de M. Alex. Renault)

SUPÉRIORITÉ DES POINTES DE FEU SUR LES BOUËS

M. Eugène, employé de commerce, 30 ans.

Du côté de ses parents, on trouve de la tuberculose et du rhumatisme ; de son côté, des douleurs dans les jambes vers 12 ans, des migraines de 12 ans à 18 ans ; du nervosisme très marqué toujours. A 4 ans, il a eu la rougeole ; à 12 ans, la scarlatine ; à 18 ans une bronchite.

En 1903, première blennorrhagie. Elle dure 6 mois. Le malade a eu alors une orchite gauche.

En 1905, deuxième blennorrhagie qui dure encore 6 mois. 4 mois après le début de cette deuxième blennorrhagie, douleurs dans les 2 talons, aux plantes des pieds, à l'épaule droite. Il entre alors à la Charité. On le soigne sans grands succès pendant 1 mois et demi avec du salicylate de soude, à l'intérieur, du salicylate de méthyle à l'extérieur et des sacs de sable chaud sous les pieds. Après trois mois il sort de l'hôpital.

Quinze jours après, le 15 novembre 1905, il entre dans le service de M. Renault. Les douleurs persistent aux mêmes points. Le genou droit, en plus, est pris.

On lui donne de l'aspirine ; on ajoute des pointes de feu, les bains locaux et généraux de térébenthine. Le malade est guéri vers la fin de janvier 1906. Il est guéri aussi de sa blennorrhagie.

Le 1^{er} avril 1909, troisième blennorrhagie.

Après avoir eu des abcès uréthraux, le malade entre de nouveau, le 23 juillet 1909, dans le service du Dr Renault pour des douleurs du second orteil, des deux pieds et des deux avant-pieds ; la plus vive douleur est à gauche.

On met en permanence des boues au pied gauche et des bains térébenthinés de 1/4 d'heure au pied droit, un chaque jour.

Le 30 juillet, l'état est stationnaire.

Le 6 août, état encore stationnaire des deux côtés. Le malade a une goutte le matin, sans gonocoques.

Pointes de feu aux deux avant-pieds. Lavages uréthraux au nitrate d'argent à 0.20 centig.

Le 11 août. — Après une seule application de pointes de feu profondes, très grande amélioration. La goutte a disparu après un seul lavage.

OBSERVATION III

SUPÉRIORITÉ DES INJECTIONS DE SALICYLATE DE SOUDE DANS LES TISSUS PARA-ARTICULAIRES SUR LES BOUES

P..., serrurier, 32 ans.

Son père, paralysé du côté gauche à la suite d'une hémorragie cérébrale survenue il y a 3 ans, a 62 ans. Sa mère est bien portante. Il a une sœur vivante, mariée et sans enfants.

A 8 ans, le malade a eu une scarlatine assez grave.

A 22 ans, il a eu de l'eczéma et du psoriasis.

A 28 ans, il a eu la syphilis. Soigné à Ricord par les pillules, le psoriasis disparaît à ce moment. Il se soigne régulièrement pendant deux ans.

Première blennorrhagie à 18 ans. Aucun traitement. Au bout d'un an une goutte persiste seule.

Depuis, cinq autres blennorrhagies, sans autres complications chaque fois que de légères douleurs articulaires.

En février 1909. — Nouvelle blennorrhagie. Nouvelle atta-

que de rhumatisme : rhumatisme plantaire, et talalgie. Soigné à Saint-Louis.

Après trois mois de repos et 30 bains de térébenthine, le malade sort, amélioré, de l'hôpital.

On lui a fait des lavages uréthraux et la goutte disparaît.

1^{er} septembre 1909. — A la suite d'excès de coït avec une femme louche et des excès de boisson, une goutte réparaît. Puis le malade souffre de nouveau au talon et à la plante du pied.

22 octobre 1909. — Le malade marche difficilement et rentre à l'hôpital. Le pied droit présente au niveau de la face inférieure des métatarsiens et surtout à la face interne un léger gonflement ; la peau est rosée et chaude. Le pied gauche présente, moins accentués, les mêmes symptômes.

A l'examen microscopique de la goutte on trouve des gonocoques assez abondants, quelques cellules épithéliales, beaucoup de polynuléaires et très peu de filaments. On lui donne de l'opiat.

Sur les pieds on applique des boues.

26 octobre. — L'écoulement a diminué. Mais les douleurs persistent.

On lui fait alors, une par jour, des piqûres de salicylate de soude dans les deux pieds, au voisinage des articulations.

29 octobre. — Après 3 piqûres de 0.05 centigr. chaque, à chaque pied, la douleur a complètement disparu. Le malade marche facilement. L'écoulement persiste. On continue l'opiat.

OBSERVATION IV

SUPÉRIORITÉ DES INJECTIONS DE SALICYLATE DE SOUDE DANS LES TISSUS PARA-ARTICULAIRES SUR LES BOUES

T..., employé de commerce, 25 ans.

Son père et sa mère sont bien portants. Sa mère, pourtant, a souffert de migraines toute sa vie

Sa sœur est bien portante.

A l'âge de deux ans, le malade a eu la varicelle.

A cinq ans, il fait une chute de cheval sans conséquence.

Il n'a jamais eu de maladies. Il a été réformé du service militaire à cause d'une ectopie testiculaire.

A 24 ans 1/2, il se marie.

En 1905, au mois de juillet, première blennorrhagie. Cette blennorrhagie assez bien soignée — et bien que le malade n'ait cessé de faire de la bicyclette — guérit en trois mois, sans complications.

En juin 1906, deuxième blennorrhagie. Guérison en une vingtaine de jours.

En avril 1909, troisième blennorrhagie. Le malade se soigne avec des injections de permanganate faites avec une petite seringue de verre. Une goutte persiste le matin.

Le 6 juin 1909. — La goutte persiste. Mais, aux deux talons, apparaît à la marche une douleur qui va en augmentant.

De juin à août, le malade reste au repos et les douleurs diminuent un peu.

En août-septembre, le malade reprend son service. Mais les douleurs vont en augmentant. On lui donne de l'aspirine et on lui fait faire des enveloppements de salicylate de méthyle, sans succès.

On lui donne alors, sans succès aussi, du salicylate de soude. Le malade est au repos.

Le 22 octobre, le malade entre à l'hôpital.

Les pieds ne sont pas enflés au repos et à la marche, sauf, en ce dernier cas, aux chevilles. La peau a une coloration normale. La douleur est nettement localisée à la marche et à la pression au talon. On a affaire à une talgalgie.

A l'examen du canal on trouve un léger retrécissement, assez éloigné du méat.

Dans la goutte, le microscope révèle des gonocoques assez abondants, des cellules épithéliales, des polynucléaires et une quantité de microbes.

Le 23 octobre, on applique de la boue aux deux pieds.

Le 4 novembre, l'état est stationnaire. On supprime les boues que l'on remplace par des injections profondes, dans les tissus para-osseux, de salicylate de soude. On fait, dans chaque jambe, six piqûres, une tous les deux jours, ainsi graduées comme dose de salicylate de soude :

1 ^{re} piq.	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^e
0.05	0.10	0.15	0.15	0.15	0.20

Le 18 novembre, le malade marche facilement et n'a plus de douleurs.

La blennorrhagie est réduite à une légère goutte incolore le matin. Cette goutte, examinée au microscope, ne contient plus de gonocoques.

Le malade sort guéri de l'hôpital après une série, dans chaque pied, de six piqûres de salicylate de soude.

CHAPITRE IV

Avant de passer à l'examen des résultats obtenus, je crois qu'il est nécessaire de s'entendre sur la façon d'appliquer les boues. Au début, on fit une sorte de cataplasme de boue, — de la boue étendue entre deux compresses — que l'on étendit sur l'articulation souffrante. Les résultats de ce mode d'application ne furent pas brillants, du moins pour les cas que j'ai pu observer.

Alors, on mit la boue sans intermédiaire sur le membre malade, avec une spatule on l'étendit — tel le mortier sur un mur — ; on entourait d'un linge, et, après l'interposition d'une couche de ouate on ficela le tout d'une bande de gaze. Les résultats, meilleurs qu'avec la méthode précédente, sans doute, laissèrent encore beaucoup à désirer. Et on en vint à un troisième mode d'application, employé dès le début à Saint-Louis.

En effet, jusqu'ici, la boue après un certain temps, a perdu toute son eau d'imbibition et est réduite à une sorte de croûte sèche, qui tombe facilement en poussière. Le but du pansement de M. Octave Claudef, de Saint-Louis, est justement de lui conserver son humidité.

Ainsi, suivant la théorie de Ranssay, l'émanation — cessant dès que la boue est sèche — pourra agir pleinement jusqu'au bout, et l'on sait que c'est l'un des facteurs importants de l'activité de la boue. On met donc, comme précédemment, la boue sur le membre ; on l'entoure d'une compresse. Là, on place un imperméable et on achève, comme à l'ordinaire, le pansement. Il faut se garder, cependant, de faire un pansement trop serré. On laisse en place vingt-quatre heures et on renouvelle. Mais au moindre erythème il faut cesser l'application. D'après nos observations nous avons ainsi fait de quatre à trente applications de boue. Il convient de prolonger ces applications quelques temps après la guérison, pour en assurer la stabilité. De fait, une telle application des boues me paraît plus active. Sans doute, un facteur nouveau intervient : le membre est ainsi dans un enveloppement humide et tiède. Mais il semble bien que si ce bain d'humidité tiède a une certaine influence, l'influence totale est bien supérieure à l'efficacité seule que l'on aurait ainsi. Rarement on obtient une cessation aussi brusque parfois, de la douleur et du gonflement, avec un simple pansement humide. A l'influence bienfaisante de ce pansement, la boue ajoute son activité bienfaisante propre, il n'en faut pas douter car, grâce à l'action de l'humidité, suivant la théorie actuelle citée plus haut, l'émanation se dégage en plus grande abondance. Resterait à déterminer dans quelle mesure. Ici, une série d'observations et d'expériences très délicates seraient nécessaires ; mais, pour arriver à des résultats sûrs, il faudrait une compé-

tence et des sujets très sensibles et consciencieux qui nous manquent. Aussi nous contentons-nous des résultats de la pratique courante, montrant que les boues ont une action particulière et bien réelle, qui les distingue de toutes les autres formes de traitements.

En effet, cette action particulière se manifeste d'une façon évidente dans plusieurs cas. A ce propos, je ferai remarquer la difficulté qu'on éprouve à conserver les boues dans des boîtes de tôle étamée : les parois se corrodent avec rapidité, et réduites à l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarette, s'effritent et se déchirent au moindre contact. D'une façon bien nette ces boues agissent sur les boîtes. Mais elles agissent aussi sur la peau, d'une façon moins sensible, heureusement, dans la grande majorité des cas. Je veux parler des erythèmes et des radiodernnites. Deux observations de M. Claude, citées plus haut, sont caractéristiques à cet égard. Comparées aux autres observations elles montrent d'abord la prédisposition que certains sujets présentent à ces sortes d'accident, ensuite le peu de gravité de ces accidents eux-mêmes, malgré leur répétition. Il semble que l'on puisse décrire deux sortes de degrés de ces erythèmes. Dans un premier cas la peau du malade rougit, devient luisante et est le siège d'une très légère cuisson. Le traitement de cette forme est des plus simples : elle guérit en un ou deux jours, toute seule, par le repos. Dans le second cas la peau est rouge et luisante encore ; mais de ci, de là, elle se fendille et quelques vésicules apparaissent. Le traitement, dans ces cas, est encore le repos, c'est-à-dire la suppression des

boues ; mais il faut lui adjoindre les applications à la pâte de zinc, composée selon la formule suivante :

Oxyde de zinc	} ou 2 parties
Poudre de talc	
Huile d'amandes douces,	1 partie

Cette formule est due au Professeur Gaucher et réussit admirablement bien. En deux jours tout est rentré dans l'ordre. Pour ce qui est de la pathologie de ces érythèmes elle paraît complexe : une part semble revenir au pansement lui-même, car dans certains cas, chose que je n'ai pas élevé au rang des complications, on constate, ainsi qu'après tout pansement humide, une légère macération de la peau ; dans d'autres cas, il peut arriver, que même avec des précautions, la boue desséchée et pulvérulente, éraille le derme et peut ainsi ouvrir la porte à une infection secondaire. Une autre part revient certainement, à la radioaction des boues. Tels sont à peu près — du moins jusqu'ici — les seuls méfaits causés par les applications de boues. Comme on le voit, ces méfaits sont peu graves et bien des remèdes et des meilleurs — ont — qu'on me pardonne l'expression — un casier judiciaire plus chargé !

Enfin — et pour être complet — je citerai un dernier mode d'utilisation des boues. S'inspirant d'un procédé utilisé dès la plus haute antiquité, le Dr Fabre donne les boues sous forme de bains. Ce ne sont pas — je m'empresse de le dire — des bains de boue semi-fluide, comme ceux que l'ont prend à Saint-Amand ou à Dax.

Ce sont des dilutions de boue dans l'eau, une sorte de « lait de boue ». On ajoute, en effet, dans l'eau du bain : 250 gr. de boue que l'on a soin de bien faire dissoudre. Le malade reste une demi-heure dans ce bain par jour et fait une série de 15 à 20 bains. Bien que pénible et fatigante, au début, pour le malade, cette méthode a donné de bons résultats entre les mains du Dr Fabre ; quant à moi, je n'ai jamais eu l'occasion de l'employer.

Il va sans dire, que dans tous les cas, parallèlement au traitement des manifestations articulaires, il convient d'instituer un traitement rigoureux de l'urhétrite, soit aiguë, soit chronique. C'est à cette seule condition que l'on a des chances d'obtenir un résultat stable.

CHAPITRE V.

Au point de vue pratique, la douleur, est, en général, une des caractéristiques des manifestations du rhumatisme blennorhagique. Ainsi, l'arthralgie est la douleur articulaire ; l'hydarthrose, la gonocèle de Swediaur, est, dans la majorité des cas, un épanchement synovial douloureux ; l'arthrite, qu'elle soit monarticulaire ou polyarticulaire, est une forme inflammatoire très douloureuse ; enfin, la douleur s'opposant à la mobilisation de l'articule est un des facteurs de l'ankylose et de la déformation. Lutter contre la douleur articulaire, telle est donc la première condition imposée à une médication du rhumatisme blennorhagique. Combattre ensuite l'inflammation dans un cas, les raideurs dans un autre cas en sont des conditions secondes. L'ensemble de ces conditions, s'il est réalisé par une médication et dans la mesure où elle est réalisée, donnent droit de cité à cette médication dans la thérapeutique. Examinons donc comment se comportent les boues dans les différentes manifestations du rhumatisme blennorhagique.

Arthralgie. — Dans certains cas les boues donnent des succès rapides. Il semble, au point de vue du résul-

tat, qu'il importe peu que les douleurs soient survenues tôt ou tard après le début de la blennorrhagie, que les douleurs soient diurnes, nocturnes ou les deux à la fois, qu'elles soient récentes ou datent de longtemps. Mais il semble que plus les douleurs sont aiguës plus l'action des boues est manifeste et rapide et, enfin, il semble aussi que l'article mis en jeu, joue, à ce point de vue, un rôle assez important. Ainsi les arthralgies du coude, du genou, de la hanche, du poignet, sterno-claviculaire et les articulations de la main et des doigts semblent fournir les meilleurs résultats. Il est à noter, d'après quelques observations récentes que je n'ai pas citées, qu'on observe parfois dans ces cas, avant l'amélioration, une exacerbation momentanée de la douleur. Cette exacerbation passagère ne comporte pas un fâcheux pronostic. L'articulation tibio-tarsienne est un peu plus rebelle à l'action des boues, mais donne encore de beaux résultats. Il en est de même des articulations du pied, du rhumatisme plantaire et de la talalgie. Pour ces deux formes en particulier — et on sait combien elles résistent à nos moyens d'action — les résultats sont très inconstants et il est difficile de fixer son opinion. En effet, dans tel cas les bains de lérebenthine, dans tel autre les pointes de feu ont donné des résultats supérieurs aux boues. C'est cette inconstance d'action qui m'a — sur les conseils de M. Alex. Renault — amené à essayer les injections locales et profondes de salicylate de soude. Préconisé en 1902 au Congrès du Caire par le P^r Bouchard, étudié depuis par le P^r Balthazard, j'ai obtenu pour tous les

cas soumis à ce traitement de bons résultats. Malheureusement, ces cas ne sont pas en nombre assez considérable encore pour porter à l'égard de ce procédé un jugement sûr. Voilà quelle fut ma technique. Je me suis servi de la solution suivante :

Salicylate de soude..... 5 gr.

Eau distillée et stérilisée.... 100 gr.

Soit 0.05 centig. de salicylate par centimètre cube. Je prenais une seringue ordinaire de Pravaz. Après antiseptie de la peau et aseptie des instruments — j'insiste sur ces deux points — je piquais très profondément le pied, de façon à éviter les veines superficielles, les gros troncs et les nerfs. Après m'être assuré que je n'étais pas dans un vaisseau j'injectais lentement 1^{cm} et jusqu'à 3^{cm} 1/2. Je commençais par 1^{cm} et j'augmentais progressivement à chaque nouvelle piqûre. Je faisais chaque fois une seule piqûre aux deux pieds et je les laissais ensuite au repos pendant deux jours, enveloppés d'une épaisse couche de ouate. La douleur produite par l'injection, d'abord très vive, cessait complètement de six à vingt-quatre heures après. Je n'ai eu ainsi aucun accident. Quant à la talalgie et aux rhumatismes plantaires eux-mêmes, ils ont régulièrement disparu au bout de trois à huit piqûres, dans les cinq cas où je me suis servi de ce procédé. J'en ai rapporté deux cas aux observations négatives. Comment agit, en ces cas, l'injection d'une aussi faible quantité de salicylate de soude ? Certes, l'injection d'un liquide non caustique, au voisinage d'un nerf, produit une certaine anesthésie ; mais cette anesthésie n'est qu'éphémère,

alors que celle des injections de salicylate est durable (ainsi que j'ai pu m'en rendre compte en suivant mes malades après leur guérison) et est produite par une quantité de liquide relativement faible injectée à un seul point et ne touchant pas, par conséquent, à tous les filets nerveux sensitifs de l'articulation. D'autre part, comment se fait-il que le salicylate agisse en injections, alors que pris par la voie stomacale, il ne produise en général aucun effet dans ces mêmes cas. Sans doute, par l'injection, une plus grande quantité de salicylate est-elle concentrée auprès de l'articulation. Mais cela ne semble pas suffisant pour expliquer ses effets. Quoiqu'il en soit du mode d'action de ce médicament, un fait semble acquis : c'est son effet favorable dans le rhumatisme plantaire et, en particulier, dans la talalgie.

Arthrite et hydarthrose. — D'après des observations, dont la presque totalité est due à M. O. Claude, les formes « suraigues avec ou sans hydarthrose, avec ou sans douleur et à tendance plastique », semblent se trouver particulièrement bien des boues. La douleur, la rougeur, le gonflement, l'empâtement, l'épanchement lui-même disparaissent en général avec la plus grande rapidité. Il semble cependant que plus le sujet a eu d'atteintes antérieures de rhumatisme, plus la durée du traitement est prolongée. Toutes les articulations paraissent également bien s'en trouver, sauf, peut-être, la tibio-tarsienne et celles du pied. Ici, comme plus haut, ces deux articles semblent un peu capricieux au traitement.

Quant à la forme aiguë, les observations manquent : A peine une ou deux. Aussi ne puis-je conclure à leur égard. Cependant dans tous les cas traités, les résultats m'ont paru bons. Je crois, d'ailleurs, que dans ces cas une immobilisation de quatre ou cinq jours au début, une extension continue, en cas de déformation des membres, aideraient singulièrement à l'action des boues. Je tiens aussi à signaler, au passage, un traitement, cousin-germain du nôtre, et qui donne de bons résultats dans ces formes aiguës : le traitement par les sels radifères de MM. Dominici et Gy.

Enfin, dans les formes polyarticulaires simulant le rhumatisme franc, les boues paraissent n'avoir aucune action préventive et n'agissent que localement : elles décongestionnent et font cesser la douleur. Dans ces cas, par suite, elles ne sont pas inférieures aux autres médications.

Forme ankylosante et déformante. — En faisant cesser la douleur et en permettant la mobilisation, les boues, indirectement, s'opposent à l'ankylose. Directement, elles s'y opposent aussi, car leurs radiations paraissent empêcher la formation du tissu fibreux. Quant aux formes anciennes plastiques, se comportant ici comme dans les cas correspondants de rhumatisme chronique déformant, les boues ont une action analysante et mobilisante très manifeste. On obtient presque toujours une amélioration très marquée, parfois une guérison presque complète, comme dans l'observation IV.

Manifestations para-articulaires. — Les synovites des

gaincs tendineuses sont, en général, bien influencées par les boues. Seules les gaincs des péroniers, du jambier antérieur et des extenseurs des orteils, semblent parfois leur résister longtemps. Quant à l'œdème et la rougeur des téguments ils cèdent en général avec rapidité.

De ce qui précède, les boues semblent donc douées de très réelles qualités. L'arthralgie en général, la forme subaiguë monoarticulaire, la forme ankylosante se trouvent très souvent améliorées par leur application. Dans toutes ces formes, elles semblent lutter victorieusement contre la douleur et aussi l'inflammation. Aussi, je crois qu'elles peuvent honorablement occuper une place dans la thérapeutique du rhumatisme blennorrhagique.

CONCLUSION

I. — Les boues radio-actives s'offrent à nous comme une médication nouvelle et facile du rhumatisme blennorrhagique.

II. — Cette médication, jusqu'ici, paraît, peu dangereuse ; ce qui en permet une application large et prolongée.

III. — Cette médication est efficace dans l'arthralgie en général, dans l'arthrite subaigüe et dans la forme ankylosante. Dans les autres cas, et à moins d'arthrite purulente, qui est du ressort de la chirurgie, elle constitue un traitement d'attente dont il y a tout bénéfice à espérer.

Vu : *Le Doyen*, Vu : *Le Président de Thèse*,
L. LANDOUZY. E. GAUCHER.

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

Bibliographie

ACHARD. — Application des rayons Roentgen à l'étude d'un cas de rhumatisme d'origine gonoc. (*Bulletin soc. méd. Hôp.* Juillet 1896).

Archives générales de médecine. Juillet 1909. Article du Dr Octave Claude.

AMARAL. — *Thèse*, Paris 1891.

BALZER. — Les causes des infections généralisées dans la blennorrhagie. (*Rapport au Congrès de méd.* 1900).

BALZER. — *Traité* Gilbert-Thoinot.

BALZER. — Contributions à l'étude de traitements du rhumatisme blennorrh. (*Annales de Dermatologie*, 1895, p. 183).

BEZANÇON et LABBÉ. — Du rôle de l'accoutumance dans le déterminisme des localisations microbiennes (*Société de biologie*, 1900, p. 31).

BIER. — Hypérémie, Habs. (*Munchen méd. Wochenschrift*, 1903).

BOURCY. — Les pseudo-rhumatismes infectieux (*Thèse Paris*, 1883).

BRUN. — L'arthrite blennorrhagique (*Thèse Paris*, 1881).

BOUSQUET. — *Société de chirurgie*, 28 octobre, 1885.

C. BRUCK. — Ueber spezifische Immunkörper gegen gonococcus (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 23 août 1906).

CHAUFFARD. — Arthropathies blennorrh. d'origine nerveuse (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 1897, p. 5, 69).

CLAISSE. — Spondylose rhyzomélique d'origine blennorh. (*Société méd. des hôp.*, 1904, p. 1127).

CORNIL et CÉLOS. — Rhumatisme blennorh. Ankyloses. Déformations (*Société anatomique*, 29 juin 1900, p. 629).

COURTOIS SUFFIT et BEAUFUMÉ. — Infection généralisée mortelle à gonocoques et à staphylocoques (*Soc. méd. des hôp.*, 1903, p. 352).

DAUSSET. — Air chaud et massage (*La Clinique*, 21 février 1908).

DOMINICI et GY. — De l'application du radium dans le traitement du rhum, blennhor.

DUPLAY. — Académie de méd., 1906. *La clinique*, 24 janv. 1908. Talagie, bursite sous-calcanéenne (*Presse médicale*, 7 nov. 1896, p. 593).

FAURE-BEAULIEU. — La septicémie gonococcique (*Thèse Paris*, 1906).

CH. FERNET. — Les séries morbides parallèles (*Archives générales de médecine*, Déc. 1893).

FÉREQL. — Discussion sur la nature du rhumatisme blennhoragique (*Soc. méd. des Hôp.*, 1866-67).

M. FIESSINGER. — Des pyarthroses blennhorragiques. (*Journal des praticiens*, 3 oct. 1908).

FOURESTIÉ. — *Gazette médicale de Paris*, 1875.

FOURNIER. — Blennorhagie (*Dict. de Jaccoud*, 1886) Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique (*Annales de dermat.*, 1869).

GALLIARD. — Trait. de l'hyarthrose blennorh. par la ponction (*Soc. méd. des hôp.*, 1905).

GRIFFON. — Synovite blennorhagique pré-urétrique (*Presse médicale*, 13 janvier 1897, p. 21).

GRIFFON et NATTAN-LARIER. — Hygroma suppuré à gonocoques (*Société anat.*, 1903).

GUÉNEAU DE MUSSY, *Soc. méd. des Hôp.*, 1866-67.

GUIARD. — Des complications locales et générales de la blennorhagie chez l'homme 1863.

- GUILLAIN et LAROCHE. — Spondylose rhizomélisque (*Soc. méd. des hôp.*, 25 janv. 1907).
- GUYON et JANET. — Arthrites blennorh. sans gonocoques (*Annales des maladies génito-urinaires*, 1889).
- HIRTZ. — Ostéopériostite blennorh. la diaphyse fémorale (*Soc. méd. des hôp.*, 1900).
- JEANSELME. — Troubles trophiques dans la blennorhagie. *Presse méd.*, 1895, p. 513. *Annales de Derm.*, 1895.
- JACQUET. — Arthropathie blennorhagique d'origine nerveuse (*Annales de dermat.*, 1892). De la salalgie blennorh. (*Soc. méd. des hôp.*, 5 mars 1897).
- LAGRANGE. — Blennorhagie (Traité de chirurgie, Duplay et Reclus).
- DE LAPERSONNE. — Des arthrites infectieuses (*Th. d'agrégation*, Paris 1886).
- LASÈGUE. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1866-67.
- LEMIERRE. — L'ensemencement du sang pendant la vie, procédé d'investigation clinique (*Thèse de Paris*, 1904).
- LEMIERRE et FAURE-BEAULIEU. — Septicémie et pyohémie à gonocoques (*Gaz. des hôpitaux*, 1906, p. 331-367).
- LEREBoullet et HENRY BERNARD. — Deux cas de spondylose rhizomélisque (*Arch. générales de médecine*, 1900).
- LÉRI. — Examen du rachis dans spondylose rhizomélisque (*Rev. de médecine*, 1899). *Iconographie de la Salpêtrière*, 1906).
- LORAIN. — *Soc. méd. des hôpitaux* (1866-67).
- MACAIGNE et FINET. — Synovite gonocoecique secondaire à une balanite sans blennorhagie (*Soc. anat.*, 1894, p. 383).
- MARIE. — Sur la spondylose rhizomélisque (*Société méd. des hôpitaux*, 11 fév. 1898) *Revue de médecine*, 1898, p. 285).
- MAUCLAIRE. — Blennorhagie (Traité Le Dentu-Delbet).
- MILIAU. — Forme myélopathique du rhumatisme blennorhagique (*Presse méd.*, 29 av. 1899, p. 201).
- MORESTIN. — Chirurgie des membres.

- MEISSER. — Du micrococcus de gonorrhoe. (*Centralblatt für med.*, Wiss. 1879 et *Deutsche med. Verhandl.*, 1882).
- NOBÉCOURT et VITRY. — Polyarthrite suppurée au cours de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, 1903, p. 302).
- PARACELSE. — Archidoxe magique, 1910
- PETER. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1866-67.
- PÉTRONE. — Sulla natura parasit dell'arthritis blennorrhagica (*Revue clinique de Boliva*, fév. 1883).
- PONCET. — Rhumatisme tuberculeux (*Ac. de méd.*, 1901-1902). Rhumatisme tuber. ankylosant (*Soc. méd. hôp.*, 10 juillet 1903).
- RIOLLET. — Spondylose rhizomélisque (*Thèse de Lyon*, 1903).
- QUEYRAT. — Traitement de l'hydarthrose du genou (*Soc. méd. des hôp.*, 1907).
- ROLLET. — Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorh. Lyon, 1856 (Traité des maladies vénériennes, Paris 1865).
- SOUPLET. — La blennorrhagie, maladie générale (Th. Paris, 1893).
- SOCIÉTÉ DE RADIOGRAPHIE. — Décembre 1909. Communication du Dr Octave Claude.
- TALAMON. — Le rhumatisme pyoémique (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* 1878).
- THÉRÈSE. — Arthropathies blennorrhagiques (*Gaz. des hôpitaux*, 31 mars 1894, n° 38).
- THIBIERGE. — Blennorrhagie (Traité Bouchard-Brissaud).
- TEISSIER et ROQUE. — Rhumatisme chronique blennorh. Traité Gilbert, Thoinot 1908).
- VAQUEZ et LAUBRY. — Arthrites blennorrhagiques. Considérations étiologique et bactériologiques (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1902, p. 1008).
- WIDAL. — Les pseudo-rhumatismes infectieux (Traité Gilbert-Thoinot, 1908).

Imprimerie spéciale H. CHACORNAC
9, Rue de l'Eperon, Paris

